Révision 27/11/2024

ITEM 357 : PÉRITONITE AIGUË

Péritonite = inflammation aiguë du péritoine, localisée ou généralisée, de cause le plus souvent infectieuse.
- Péritonite localisée = dissémination microbienne → dilatation capillaire et augmentation de la perméabilité péritonéale → épanchement liquidien septique : peut guérir spontanément, rester localisée (**plastron** ou **abcès**) ou se généraliser.
- Péritonite généralisée : - **FDR** : concentration élevée de micro-organismes, immunodépression, germes virulents.
  - **Séquestration liquidienne** → déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle.
  - **Hyperperméabilité péritonéale** avec **libération d'endotoxines** → choc septique, SDRA, nécrose tubulaire aiguë, CIVD, embole septique, thrombose portale septique (pyléphlébite).

CLASSIFICATION DE HAMBOURG

Péritonite primaire

= **Infection spontanée mono-bactérienne** du péritoine, d'origine hématogène ou par translocation.
- **Infection du liquide d'ascite** chez le cirrhotique.
- **Infection à staphylocoque** sur cathéter chez le patient dialysé péritonéale.
- **Péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte.**
- **Péritonite tuberculeuse.**

Péritonite secondaire

90 %

= Liées à la **diffusion** d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

Infection/perforation intra-abdominale
- **Appendicite** (cause la plus fréquente chez l'enfant).
- **Diverticulite sigmoïdienne.**
- **Perforation d'ulcère gastroduodénal.**
- **Cholécystite.**
- **Infarctus mésentérique, volvulus.**
- **Perforation digestive tumorale** ou **diastatique** en amont d'un obstacle.
- **Colite** : **maladie de Crohn, RCH, typhoïde…**

Post-opératoire
- **Désunion anastomotique.**
- **Contamination per-opératoire.**

Post-traumatique
- **Plaie pénétrante.**
- Traumatisme fermé : **perforation** ou **ischémie digestive.**
- **Perforation endoscopique** ou **corps étranger.**

Péritonite tertiaire

= Infection abdominale **persistante** malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions) : surinfection de la cavité abdominale par **des micro-organismes peu virulents (synergie)** mais devenus résistants ou des **levures.**

DIAGNOSTIC

Physio

Grande majorité des péritonites = péritonites secondaires → réservoir des germes = digestif.
Péritonites sus mésocoliques : E. coli, streptocoques, rarement staphylocoques.
Péritonites sous mésocoliques : anaérobies.
Perforation colique : polymicrobiens.

C +++

- **Douleur abdominale** : intense, généralisée ou parfois localisée, de début brutal ou progressivement croissante, accompagnée ou non de **signes infectieux** (fièvre, frissons…) selon la cause.
- **Signes d'irritation péritonéale** :
  . **Contracture** : contraction rigide, tonique, **invincible**, permanente douloureuse des muscles abdominaux.
  . **Défense** (contracture réflexe et involontaire des muscles de la sangle abdominale lors de la dépression de la paroi abdominale).
  . **Douleur aiguë à la palpation du cul-de-sac de Douglas** au **TR.**
  . **Douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque.**
  . **Iléus associant une distension abdominale, des nausées, des vomissements, et un arrêt du transit et des gaz.**
- **Attention aux signes fonctionnels urinaires révélant un abcès du cul de sac de Douglas.**
→ Les signes péritonéaux peuvent être modérés, voire absent (notamment chez le sujet âgé ou dénutri, ou le nourrisson) ou difficiles à évaluer (notamment chez un patient obèse ou dans le coma).
- Recherche de **signes de gravité → intervention en urgence sans examen complémentaire** en cas de **choc.**
- **Tableau possible de péritonite asthénique** = forme pauci-symptomatique → FDR = âge élevé, immuno-dépression, dénutrition majeure, ATB préalable.
- **Signes de gravité :** présence d'un sepsis ou d'un choc septique.

Chez l'enfant

Classiquement, **tableau d'occlusion fébrile douloureuse** avec douleurs abdo vives, paroxystiques, provoqués par le mouvement ou la palpation, vomissements/refus alimentaire, des troubles du transit : (arrêt des gaz et matières, parfois une diarrhée paradoxale incoercible), de la fièvre à 39 - 40 °C, autres signes fonctionnels similaires à ceux des adultes.

Bio

= **NFS, CRP, bilan de coagulation, groupage sanguin, ionogramme, bilan rénal, GDS, hémocultures, bilan hépatique, ECBU.**
- Recherche de signes de gravité : **insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique**.

PC

→ **Diagnostic clinique +++** : les examens complémentaires en précisent l'origine et la prise en charge, mais ne doivent pas retarder le traitement, et leur normalité ne doit pas faire remettre en cause le diagnostic.

ASP : Aucun intérêt de l'ASP.

	Échographie abdominale	Intérêt chez le nourrisson/enfant. - Épanchement diffus (absence n'élimine pas le diagnostic). - Appendicite potentiellement non visualisable du fait d'une perforation ou d'un météorisme.
	TDM AP injecté	= Examen de référence chez l'adulte, d'autant plus utile : *En cas d'examen clinique douteux (ID, péritonite asthénique du vieillard) ou difficile (obèse, péritonite post-opératoire, traumatisé de l'abdomen). *Avant chirurgie si patient stable (permet d'orienter le geste). - Repère les signes de péritonite : **pneumopéritoine = épanchement gazeux intrapéritonéal** (meilleure sensibilité que l'ASP), **épanchement liquidien intra-abdominal, rehaussement des feuillets péritonéaux.** - Signe étiologique : **diverticulite, infiltration péri-appendiculaire, abcès…** - **Recherche complications.** - À éviter chez l'enfant mais à réaliser si nécessité d'aide au diagnostic avec autres examens non contributifs. *NB : même si elle n'est pas nécessaire au diagnostic, la TDM est largement réalisée chez adulte.*

ÉTIOLOGIES

Causes principales	Début	Localisation des signes max	Fièvre/GB élevés	Pneumopéritoine
Appendiculaire	Progressif	Fosse iliaque droite	OUI	NON
Perforation d'ulcère	Brutal	Épigastre	NON au début	OUI
Perforation de diverticulite	Progressif	Fosse iliaque gauche	OUI	OUI

Perforation d'UGD	= Tableau péritonéal sans fièvre et avec **pneumopéritoine** (tympanisme pré-hépatique). - Contexte : antécédent d'ulcères, prise de médicament gastro-toxique (AINS ++). - Douleur épigastrique de début brutal, diffusant ensuite à tout l'abdomen. - Absence de fièvre (ou de syndrome inflammatoire biologique) < 24 h : **péritonite chimique.** - Contracture généralisée, ou localisée épigastrique avec défense dans le reste de l'abdomen. /!\ Endoscopie digestive haute formellement contre-indiquée /!\
Péritonite diverticulaire	= **Péritonite généralisée d'emblée** (perforation brutale : péritonite en 1 temps) ou par **perforation 2ndr d'un abcès péri-sigmoïdien** compliquant une diverticulite (péritonite en 2 temps). - Douleur de la fosse iliaque gauche dans un contexte infectieux. - **Signes péritonéaux dans un 2d temps** : douleur généralisée, syndrome infectieux marqué. - **Signes de choc** (notamment en cas de péritonite stercorale, fréquente). - Contracture généralisée ou localisée de la FIG avec défense des autres quadrants, TR douloureux. - ASP/RP : **pneumopéritoine** (souvent volumineux et bilatéral), **iléus paralytique.** - TDM : diverticulite = infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne, abcès, liquide intra-abdominal.
Péritonite appendiculaire	= **Péritonite généralisée d'emblée** ou **en 2 ou 3 temps** (complique un abcès ou un plastron). - Sujet jeune avec douleur de la FID progressivement croissante, fébricule. - Secondairement : douleur intense et généralisée à tout l'abdomen. - ASP : **ø pneumopéritoine** (*le bas fond caecal ne communique pas avec la cavité péritonéale*).
Péritonite post-opératoire	= **Fistule** d'une anastomose digestive ou **plaie** opératoire méconnue de l'intestin : à **J5-J7 ++.** - Diagnostic souvent compliqué : douleur attribuée à l'opération ou masquée par l'antalgie, iléus imputé à l'opération, syndrome inflammatoire imputé à l'opération ou à une autre cause post-op. → A évoquer devant : - **Fièvre** survenant quelques jours après une chirurgie abdominale. - **Dégradation inexpliquée des fonctions vitales.** - **Scanner avec opacification digestive** : réalisé en l'absence d'autre cause de fièvre évidente.

<table>
<tr><td rowspan="8">PRISE EN CHARGE DES PERITONITES SECONDAIRES</td><td>Chez l'enfant</td><td colspan="2">Principales causes de péritonites chez l'enfant :
- Appendiculaire, dans la grande majorité des cas.
- Par perforation d'organe creux (diverticule de Meckel infecté, lésion intestinale traumatique, invagination intestinale aigüe, occlusion intestinale avec souffrance digestive), parfois.
- Primitive (infection à pneumocoque) ou sur cathéter de dialyse péritonéale, rarement.</td></tr>
<tr><td colspan="3">➝ <u>Urgence chirurgicale</u>
- Mise en conditions : pose de 2 VVP, réhydratation IV, correction des troubles hydroélectrolytiques.
- NFS, RAI, Groupe sanguin, hémostase, ionogramme, hémoc.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ATB
IV</td><td>Non compliquée</td><td>- En 1re intention : C3G + métronidazole ou Augmentin® + gentamicine.
- Alternative si allergie : lévofloxacine + gentamicine + métronidazole.</td></tr>
<tr><td>Sepsis grave/choc</td><td>- Pipéracilline-tazobactam ± gentamicine si choc septique.
± Echinocandine si ≥ 3 FDR : - Choc septique.
- Chirurgie sus-mésocolique.
- Femme.
- Antibiothérapie depuis > 48 h.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Adaptée secondairement à l'hémoculture ou au prélèvement per-opératoire mais doit systématiquement prendre en compte les entérobactéries et les germes digestifs anaérobies (= principaux germes digestifs) du fait de leur fréquence et leur difficulté d'isolement au laboratoire.
- Durée courte :
*48 h si péritonite localisée.
*5 jours si péritonite généralisée non compliquée.
*Étendu jusqu'à 8 à 15 jours si sévère ou formes nosocomiales (+/- ajout antifongique).
NB : pour la fiche LiSA le ttt antibiotique est habituellement prescrit pour une durée de 4 jours pour les péritonites communautaires non compliquées.</td></tr>
<tr><td>TTT
chirurgical</td><td colspan="2">- Abord :
*Par laparotomie médiane généralement.
*Possible par cœlioscopie : péritonite non grave appendiculaire ou par perforation d'ulcère.
- Exploration complète et prélèvements bactériologiques multiples.
- Traitement d'une perforation digestive selon la cause : appendicectomie, suture d'ulcère.
- En règle générale, pas d'anastomose ou anastomose protégée par une stomie d'amont si résection digestive.
- Lavage abondant de la cavité abdominale avec plusieurs litres de sérum tiède ± drains abdominaux.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PEC</td><td>Surveillance</td><td colspan="2">- Signes généraux : hémodynamique, diurèse, fonction ventilatoire, fièvre.
- Signes locaux : reprise du transit, disparition des signes péritonéaux.
- Biologique : normalisation des PNN et de la fonction rénale.</td></tr>
<tr><td>En l'absence d'amélioration</td><td colspan="2">- Conséquence toxinique : SDRA, nécrose tubulaire aiguë.
- Abcès résiduel (notamment sous phrénique ou Douglas).
- Antibiothérapie inadaptée ou posologie insuffisante.
- Lâchage de suture.
- Infection urinaire ou sur cathéter.
- Accident thromboembolique.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">AUTRES FORMES</td><td rowspan="2">Péritonite primaire</td><td colspan="2">= TTT médical : hospitalisation et antibiothérapie probabiliste en attendant l'antibiogramme.</td></tr>
<tr><td>Dialysé péritonéal</td><td>= Généralement à staphylocoque, BGN ou Candida :
- Application intra-péritonéale de vancomycine + aminoside.
- Discuter l'ablation du cathéter de dialyse en l'absence de réponse en 48 h.</td></tr>
<tr><td>Péritonite tertiaire</td><td colspan="2">- Patient souvent en défaillance viscérale multiple (intubés-ventilés, en réanimation).
- Microorganismes : nosocomiaux, souvent multi-résistants, difficile à traiter ➝ 30 % de mortalité.
- TTT chirurgical souvent impossible (état général ou état local) ➝ radiologie interventionnel.</td></tr>
</table>